

Fistule pyo-stercorale. — Laparotomie et suture de l'intestin. Guérison par première intention.

Par M. le prof. JULLIARD,

Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Genève.

Extrait de la **Revue médicale de la Suisse romande.**
N° 4. — 15 avril 1881.



Fistule pyo-stercorale. — Laparotomie et suture de l'intestin. — Guérison par première intention.

Par M. le prof. Julliard,
Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Genève.

Mlle X. âgée de 35 ans, d'une excellente constitution et ayant toujours joui d'une bonne santé, ressentit il y a huit ans, à la suite d'un refroidissement, une vive douleur dans la région iliaque gauche, accompagnée de vomissements et de fièvre. Il se forma dans la fosse iliaque gauche un abcès qu'un médecin incisa, et dont il sortit beaucoup de pus très fétide, mais ne renfermant pas de matières fécales. Depuis lors la suppuration continua et l'incision donna lieu à une fistule. Pendant les premiers temps qui suivirent la formation de la fistule, on y maintint un drain de caoutchouc : à plusieurs reprises on essaya d'enlever le drain : la fistule se fermait rapidement : quelques jours après des douleurs survenaient, la fistule se rouvrait et le pus recommençait à sortir comme auparavant. Au bout de quelque temps le drain fut remplacé par une canule d'argent, que la malade introduisait elle-même dans la plaie et qu'elle ne quittait jamais. Au mois de juillet 1880 (sept ans et demi après l'ouverture de l'abcès), des matières fécales et des gaz commencèrent à s'échapper par la plaie. Le 27 septembre suivant la malade fut admise à la clinique chirurgicale.

État actuel. — Femme vigoureuse et bien constituée. Sur le côté gauche de la paroi abdominale antérieure, à peu près au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, on constate un orifice fistuleux à bords rouges et un peu indurés. Autour de cet orifice on sent une tumeur dure, qui paraît produite par des adhérences et qui s'étend à deux travers de doigts autour de la fistule en se prolongeant du côté de la fosse iliaque gauche. La peau est en parfait état et ne présente ni excoriations ni rougeurs. Dans la fistule se trouve une canule de métal ayant le diamètre d'une sonde à urèthre, et longue de huit centimètres. La

canule étant complètement enfoncée dans l'orifice, il en sort du pus épais et non fétide, ainsi que des matières fécales et des gaz : cet écoulement augmente notablement après les repas : j'y ai constaté des pepins de raisin et des débris de matières alimentaires. La canule étant enlevée, on fait sortir également du pus, des matières et des gaz par la compression. Au toucher vaginal on ne sent rien d'anormal. Par le doigt introduit dans le rectum on sent du côté gauche une masse dure, faisant corps avec la tumeur qui existe autour de la fistule. La malade a des selles par le rectum; les substances introduites en lavement par l'orifice anal (lait et bismuth) ressortent par la fistule.

En présence de cette lésion, je voulus voir si la communication anormale ne guérirait pas d'elle-même en enlevant la canule. C'est ce que je fis le 30 septembre. La suppuration cessa aussitôt ainsi que l'issue des matières fécales, et en 48 heures la fistule fut complètement fermée ; mais le 6 octobre, après d'assez vives douleurs, la suppuration recommença et les matières fécales reparurent de plus belle. La malade ayant été déjà traitée inutilement par la dilatation de l'orifice et par des injections dans le trajet fistuleux, je me décidai à l'opérer.

Opération.— Le 19 octobre, la malade étant anesthésiée, je fais une incision de quatre centimètres de longueur aux parois abdominales parallèlement à la crête iliaque ; cette incision vient tomber à deux travers de doigt de l'orifice, au point où commence l'induration profonde qui entoure la fistule. J'incise les parois, couche par couche : les muscles étant divisés obliquement, il en résulte une hémorrhagie assez abondante qui nécessité l'application de quelques ligatures. Arrivé sur le péritoine, j'y fais une boutonnière par laquelle je glisse une sonde cannelée, et sur cette sonde j'achève avec des ciseaux l'incision de la séreuse : les anses intestinales apparaissent alors au fond de la plaie. — Une seconde incision semblable à la première est pratiquée au-dessous de l'orifice.

J'introduis ensuite l'index de la main droite dans la cavité abdominale par l'incision supérieure et l'index gauche par l'incision inférieure. En rapprochant mes deux doigts, je sens nettement une tumeur qui adhère aux parois de l'abdomen et qui me paraît constituée par un paquet d'anses intestinales soudées entre elles.

La tumeur étant ainsi reconnue, je pratique une troisième incision qui réunit les deux premières en passant sur la fistule : mais cette fois, après avoir divisé la couche musculeuse, au lieu d'arriver comme précédemment sur le péritoine, je rencontrai une couche de tissu lardacé, dur et

criant sous le bistouri : après avoir traversé cette couche de tissu inodulaire, qui avait une épaisseur d'environ trois centimètres, je tombai dans une cavité de la dimension d'un œuf de poule, remplie de fongosités, de pus et de matières fécales.

Finalement, voici comment les choses étaient disposées. Une masse de tissu inodulaire, du volume d'une noix, faisant corps avec les parois abdominales ; au milieu de cette masse l'orifice cutané de la fistule. De cet orifice partait un trajet d'environ 4 centimètres de longueur, qui, après avoir traversé obliquement le paquet de tissu cicatriciel, venait s'ouvrir dans une cavité limitée par des adhérences intestinales : au fond de cette cavité se trouvait l'orifice intestinal masqué par les fongosités.

Je commençai par séparer la masse intestinale des parois abdominales. Ce temps de l'opération fut très difficile et très long : l'intestin, dont les parois étaient épaissies, adhérait très fortement aux parois de l'abdomen, et il me fallut le disséquer pour arriver à le détacher. — Les adhérences à la paroi de l'abdomen étant détruites, j'attirai au dehors toute la masse intestinale. Je séparai les anses les unes des autres, et l'intestin étant enfin déployé, je découvris l'orifice intestinal que je n'avais pas aperçu jusqu'alors. Il siégeait sur le gros intestin et avait une forme elliptique ; son grand diamètre, qui était disposé parallèlement à l'axe de l'intestin, mesurait un centimètre et demi : l'écartement des bords de l'orifice était d'un centimètre : je pus facilement introduire le doigt dans la cavité de l'intestin, qui était vide, et qui me parut être un peu moins grande qu'à l'état normal.

J'avivai les bords de l'orifice avec des ciseaux ; puis je plaçai avec des catguts fins, cinq sutures de Lembert, traversant les parois de l'intestin sans intéresser la muqueuse : une seconde rangée de deux sutures fut placée en arrière pour renforcer la première et pour augmenter la surface de contact de la séreuse. J'adossai solidement de la sorte séreuse contre séreuse, les bords de la fistule étant renversés dans la cavité intestinale.

Je nettoyai ensuite soigneusement l'intestin et le débarrassai des fongosités et des fausses membranes qui le recouvraient. Ceci étant fait, je rentrai la masse intestinale, et l'anse suturée disparut dans la cavité abdominale. — Je râclai ensuite avec la curette le trajet fistuleux, et j'avivai avec des ciseaux les bords de l'orifice cutané. — Puis, je plaçai sur le péritoine une suture profonde avec cinq catguts fins en ayant soin d'adosser séreuse contre séreuse : enfin une suture superficielle de huit catguts moyens réunit la peau. — L'incision faite aux parois de l'abdomen avait une longueur totale de quinze centimètres.

Je plaçai un drain dans l'orifice de la fistule, un morceau de protective sur la plaie : une grosse éponge par-dessus : puis une couche de mousseline ordinaire, imbibée d'une solution phéniquée à 2 ½ % : un papier imperméable; le tout maintenu par des tours de bande.

L'opération avait duré une heure dix minutes.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le thermomètre ne s'éleva jamais à 38°.— Le 25 octobre, j'enlevai les sutures: la plaie était réunie par première intention, sauf à l'endroit de l'orifice fistuleux où j'avais placé le drain. — Le 29 la malade eut sa première selle, qui ne contenait point de pus. — Le 1er novembre, (douzième jour de l'opération) on cessa tout pansement et la malade commença à se lever. — Le 9 novembre, elle quitta l'Hôpital parfaitement guérie, et s'est très bien portée depuis lors.

Le nombre des observations de fistules stercorales traitées par la suture de l'orifice intestinal est jusqu'à présent très restreint. Je n'en ai pu trouver que quatre [1].

La première observation est de Polano [2], et remonte à 1853. Il s'agissait d'un matelot porteur d'une fistule stercorale ayant succédé à une hernie inguinale étranglée, dans laquelle l'intestin était gangrené. Polano dilata l'orifice avec l'éponge: l'anse intestinale, séparée de ses adhérences avec le sac, fut attirée au dehors et l'orifice intestinal suturé par le procédé de Lembert; puis, l'intestin préalablement nettoyé, fut réduit et maintenu tout près de l'anneau inguinal : le huitième jour les fils furent retirés; le lendemain une petite ouverture se produisit sur l'intestin : elle fut fermée deux jours après par une nouvelle suture. Au commencement de mars la guérison était complète.

[1] Je ne m'occupe pour le moment que des fistules stercorales traitées par la suture de l'orifice intestinal. MM. Schede et Esmarch ont aussi communiqué au huitième congrès des chirurgiens allemands des observations de fistules stercorales; mais ces fistules ont été traitées par la résection de l'intestin, opération qui est tout autre chose que la suture de l'orifice.

[2] Entéroraphie pour une fistule stercorale dans un sac herniaire. *Heelkundige Gevallen*. Rotterdam 1854, p. 30 et *Centralblatt für Chirurgie*, 1877, p. 545.

Puis viennent les deux cas de Czerny [1] qui ont été opérés en 1876 et 1877. La première de ces opérations a été faite pour une fistule stercorale occasionnée par une hernie inguinale étranglée. Le sac fut incisé jusqu'à l'anneau ; l'anse séparée de ses adhérences et l'orifice intestinal qui avait 3 à 4 centimètres de longueur, suturé par trois rangées de catguts : l'intestin nettoyé fut réduit, le collet du sac et l'anneau furent suturés. Le malade guérit. — La seconde opération de Czerny a également trait à une fistule stercorale suite de hernie inguinale étranglée. On fit d'abord la ligature provisoire de l'orifice de la fistule pour empêcher la sortie des matières ; puis le sac fut incisé, l'anse séparée de ses adhérences, l'orifice de la fistule suturé par deux rangées de catguts, et l'intestin réduit par l'anneau inguinal, qui fut aussi suturé. Guérison.

Enfin la dernière observation est de Loose [2] : c'était aussi une fistule stercorale suite de hernie crurale étranglée. Le sac fut incisé, l'intestin séparé de ses adhérences, l'orifice intestinal qui siégeait sur un petit diverticulium de l'intestin grêle fut excisé ; ses bords repliés en dedans comme un doigt de gant : sept sutures de Lembert avec du catgut et des fils de soie ; une seconde rangée de cinq catguts : puis réduction de l'anse par l'anneau crural. La malade fut complètement guérie le douzième jour.

Toutefois je ferai observer que les opérations que je viens de rapporter n'ont qu'une analogie très éloignée avec la mienne.

En premier lieu, c'est toujours un sac herniaire qui a été incisé : dans aucun de ces cas les parois adominales n'ont été intéressées. Il ne s'agit donc pas ici, comme dans mon cas, de laparotomie, car il n'y a laparotomie que lorsque les parois abdominales sont divisées et que la cavité de l'abdomen est ouverte.

[1] *Beiträge zur operativen Chirurgie*, 1848, p. 28.

[2] Opération radicale de hernie. *Wiener medecinische Wochenschrift*, 1880, numéro 4.

*

En second lieu, les opérations que je viens de mentionner ont été faites pour des anus contre nature; tandis que la mienne a trait à une fistule stercorale, ce qui n'est pas du tout la même chose ainsi qu'on va le voir.

Sous le nom d'anus contre nature on désigne, il est vrai, d'une façon générale, toute ouverture anormale de l'intestin permettant l'issue des matières fécales au dehors. Mais il faut bien savoir que les communications anormales de l'intestin avec l'extérieur peuvent différer profondément les unes des autres ; et il y a lieu de faire des distinctions sur ce chapitre.

On a, depuis longtemps déjà, cherché à séparer des anus contre nature, et à décrire sous le nom de fistules stercorales les cas où la communication est très étroite, et où l'issue des matières est peu abondante.

Mais cette distinction n'est pas justifiée. En effet, ce ne sont ni les dimensions de la communication, ni la quantité des matières épanchées, pas plus que la présence ou l'absence d'éperon qui caractérisent l'anus contre nature. Il y a des communications anormales à orifice étroit, donnant peu de matières, dépourvues d'éperon, et qui n'en sont pas moins pour tout cela des anus contre nature purs et simples. Ces caractères ne sont donc pas suffisants pour établir une distinction entre l'anus contre nature et la fistule stercorale.

Il n'en est pas de même d'une autre catégorie de lésions, dans lesquelles l'ouverture intestinale communique avec une cavité où les matières s'épanchent d'abord, et d'où elles arrivent ensuite à l'extérieur par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux qui traverse les parois de l'abdomen. Ces communications forment une classe à part et doivent être soigneusement distinguées des anus contre nature, dont elles diffèrent tant au point de vue de leur origine, qu'à celui des lésions qui les constituent et du traitement qui leur convient. M. le prof. Verneuil, dans une communication qu'il a faite à la Société de Chirurgie, en 1874 [1], a signalé les caractères de cette lésion à laquelle il a

[1] *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1874, p. 195.

donné le nom de fistule stercoro-purulente. En 1879, M. Blin en a fait le sujet de sa thèse [1]; il la décrit sous le nom de fistule pyo-stercorale qui exprime mieux, selon lui, la succession des phénomènes.

Ces fistules sont toujours occasionnées par des suppurations développées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; c'est à la suite des abcès périnéphrétiques, des péritiphlytes et principalement des abcès de la fosse iliaque, qu'on les voit apparaître. A l'inverse de l'anus contre nature, elles ne succèdent jamais à des hernies étranglées.

La suppuration une fois établie, le pus se collecte et forme un abcès qui est, — chose importante à noter, — toujours extra-péritonéal ; le péritoine n'est donc jamais intéressé que secondairement, par les adhérences qu'il contribue à former autour de l'abcès. Cet abcès est limité en dehors par les parois abdominales, en dedans ses parois sont formées par des adhérences des organes voisins. Ce sont en général les anses intestinales qui forment ces parois : quelquefois le rein, l'épiploon, le foie, la vessie y participent. L'abcès s'ouvre ensuite à l'extérieur, et, comme il ne se vide qu'incomplètement grâce à l'étroitesse de l'ouverture cutanée, la suppuration se perpétue et une fistule s'établit. Bientôt le pus, par son contact prolongé avec l'intestin l'irrite, l'enflamme et finit par l'ulcérer ; les matières s'épanchent alors dans la cavité de l'abcès et de là font issue avec le pus par l'orifice cutané. La fistule stercorale est dès lors constituée.

Telle est, esquissée à grands traits, la physiologie pathologique de la fistule stercorale, pyo-stercorale ou stercoro-purulente comme on voudra. Bien différente est celle de l'anus contre nature.

Celui-ci succède habituellement à des hernies étranglées ou à des traumatismes, rarement à des abcès. En tout cas, quelle que soit la cause qui a provoqué l'anus contre nature, au

[1] Fistules pyo-stercorales. *Thèses de Paris,* 1879.

moment où la communication anormale s'établit, l'orifice intestinal adhère toujours aux parois de l'abdomen ou du sac herniaire; et cette adhérence est la condition *sine quâ non* de l'anus contre nature. Dans la fistule pyo-stercorale, au contraire, l'orifice intestinal n'adhère jamais aux parois de l'abdomen.

Ce n'est que plus tard que, dans l'anus contre nature, par un mécanisme décrit par Scarpa et Dupuytren, l'intestin se retire et s'éloigne des parois de l'abdomen ; il communique alors avec l'extérieur par un trajet, auquel on a donné le nom d'entonnoir membraneux. Ce trajet, tapissé par le péritoine ou par une membrane muqueuse qui vient faire saillie à l'extérieur sous forme de bourrelet, n'a aucun rapport avec la cavité intermédiaire de la fistule stercorale. Celle-ci n'est autre chose que la poche d'un abcès, et n'est jamais tapissée ni par le péritoine, ni par aucune membrane muqueuse.

En résumé, nous trouvons dans la fistule pyo-stercorale, un orifice cutané, un trajet fistuleux plus ou moins long et étroit, une cavité intermédiaire qui sécrète du pus et qui est remplie de fongosités ; au fond de cette cavité l'orifice intestinal.

Dans l'anus contre nature, nous avons un orifice cutané, un orifice intestinal qui dans les anus anormaux récents est en contact immédiat avec le premier : dans les anus anciens, ces deux orifices communiquent entre eux par un canal qui se forme à mesure que l'intestin se retire.— Point de cavité intermédiaire.

Ajoutons que les anus contre nature donnent issue à des matières fécales seulement, tandis que les fistules stercoro-purulentes donnent du pus en abondance, et d'une façon qui n'est souvent qu'intermittente, des matières fécales ; que dans les anus contre nature il y a grande tendance à la formation d'un éperon, tandis que dans les fistules cette tendance n'existe pas, et nous en aurons fini avec le diagnostic différentiel de ces deux lésions.

Les caractères de la fistule pyo-stercorale étant clairement définis et ses différences avec l'anus contre nature bien comprises, on verra que la lésion que portait mon opérée répond de tous points à la description de la fistule pyo-stercorale. Début par un phlegmon de la fosse iliaque, développement d'un abcès

extra-péritonéal dont la cavité est limitée par des anses intestinales, ouverture de cet abcès à l'extérieur et formation d'une fistule simplement purulente; sept ans et demi après, ulcération de l'intestin qui communique dès lors avec la cavité de l'abcès et de là avec l'extérieur : rien n'y manque.

Il suffit au contraire de lire les observations de fistules stercorales de MM. Polano, Czerny et Loose traitées par la suture simple de l'orifice intestinal, celles de MM. Scheede et Esmarch[1] traitées par la résection de l'intestin, pour se convaincre que ces fistules étaient en dernière analyse des anus contre nature. Elles provenaient toutes de hernies étranglées, et nous avons vu que jamais la fistule pyo-stercorale ne succédait à une hernie étranglée; enfin, dans toutes ces observations, l'orifice intestinal adhérait directement aux parois; or, toute communication anormale, dans laquelle l'orifice intestinal adhère immédiatement aux parois, est un anus contre nature.— En sorte que mon cas est, à ma connaissance, le premier dans lequel une fistule pyo-stercorale en bonne et due forme, a été traitée et guérie par la laparotomie et par la suture de l'intestin.

En effet, sur les soixante-douze cas que M. Blin a rassemblés dans sa thèse, un bon nombre ont guéri spontanément; les autres ont été traités par l'autoplastie, par des injections irritantes, par la cautérisation au fer rouge, par la dilatation ou par un large débridement de l'orifice cutané. Ces procédés ont réussi dans bien des cas et je ne voudrais pas les proscrire d'une manière absolue; mais enfin, ils ont échoué souvent et plus d'un malade a dû garder sa fistule, plusieurs même en mourir.

En tout cas, on conviendra que, soit pour la rapidité et la sûreté de la guérison, soit pour la simplicité des suites de l'opération, le procédé que j'ai employé est encore, malgré sa hardiesse, le plus sûr et le meilleur de tous ceux qui ont été mis en usage jusqu'à présent.

[1] *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Achter Congress, 1879, page 78.